

Le nouveau dispositif de soins pour adultes du Pavillon Albert-Prévost

The new plan of care destined to adults at the Pavillon Albert-Prévost

El nuevo dispositivo de cuidados para adultos del Pabellón Albert-Prévost

Christiane Bertelli

Volume 24, numéro 2, automne 1999

Le devenir des cliniques externes de psychiatrie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/013013ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/013013ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

Le nouveau dispositif de soins destinés aux adultes du Pavillon Albert-Prévost est décrit en le comparant avec celui d'avant septembre 1994. Cette réorganisation visait à trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans l'ancien dispositif. Les étapes de cette réorganisation sont exposées ainsi que certains des résultats obtenus. Après cinq ans, la réforme se poursuit en tenant compte des données fournies par la recherche évaluative du GRIS (Farand et al., 1999).

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bertelli, C. (1999). Le nouveau dispositif de soins pour adultes du Pavillon Albert-Prévost. *Santé mentale au Québec*, 24(2), 74-89.
<https://doi.org/10.7202/013013ar>

Le nouveau dispositif de soins pour adultes du Pavillon Albert-Prévost

Christiane Bertelli*

Le nouveau dispositif de soins destinés aux adultes du Pavillon Albert-Prévost est décrit en le comparant avec celui d'avant septembre 1994. Cette réorganisation visait à trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans l'ancien dispositif. Les étapes de cette réorganisation sont exposées ainsi que certains des résultats obtenus. Après cinq ans, la réforme se poursuit en tenant compte des données fournies par la recherche évaluative du GRIS (Farand *et al.*, 1999).

Les services destinés aux adultes (interne et externe) du département de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur ont été entièrement réorganisés en suivant un modèle de Programmes spécialisés, à partir de 1990. Cette expérience est décrite ainsi que les quelques leçons qu'il est possible d'en tirer.

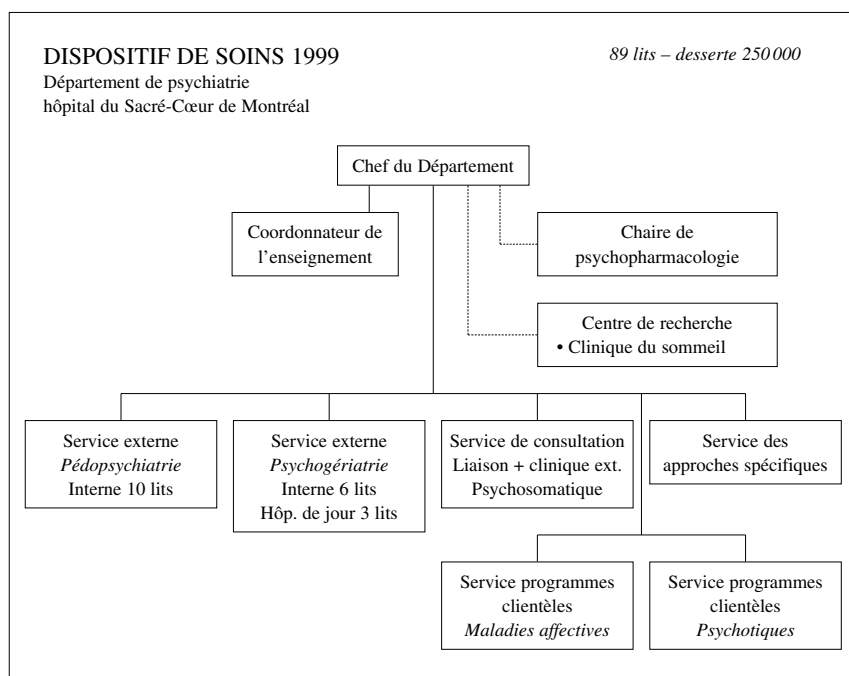
Un bref historique permet de situer ces changements dans le cours de l'évolution du département de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur (Pavillon Albert-Prévost). Le département a fêté son 75^e anniversaire en 1995. De Sanatorium (1919-1954), il est devenu l'Institut Albert-Prévost (1955-1972), pour être rattaché en 1972 à l'Hôpital du Sacré-Cœur. Dès 1955, l'Institut a été reconnu comme lieu de formation universitaire en psychiatrie et a contribué à la reconnaissance universitaire de l'Hôpital du Sacré-Cœur. Souvent à l'avant-garde des tendances émergentes (psychanalyse, psychiatrie de secteur), le département a pris le virage des Programmes clientèles en septembre 1994, après une gestation de quatre ans. (Il nous faut rendre hommage au D^r Camille Laurin, disparu l'an passé, qui dès 1957 a été l'initiateur, le catalyseur et le facilitateur de ces réformes successives.)

Présentement, le département de psychiatrie dessert une population qui s'étend de la petite enfance aux personnes âgées. Il comprend six services : pédopsychiatrie, consultation-liaison et psychosomatique, psychogériatrie, approches spécifiques, programmes des psychotiques,

* M.d., chef du département de psychiatrie.

programmes des maladies affectives (fig. 1). Les bassins de desserte des divers services ne coïncident pas. Le département comprend aussi, rattachés au Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur, le Centre de recherche sur le sommeil, l'Unité de recherche en neurophysiologie et l'Unité de recherche clinique. Il est très engagé dans l'enseignement universitaire et s'enorgueillit de la création (5 juin 1997) d'une chaire de psychopharmacologie.

Figure 1



Le bassin de desserte en adultes couvre une population de 250 000 habitants avec trois CLSC situés à Laval (Sainte-Rose, Norman-Bethune et Marigot) et trois autres situés dans l'île de Montréal (Saint-Laurent, Bordeaux-Cartierville, Ahuntsic). Le service de psychogériatrie dessert le territoire de cinq CLSC (Saint-Laurent, Bordeaux-Cartierville, Saint-Michel, Montréal-Nord, Ahuntsic). Le service de pédopsychiatrie couvre un secteur encore plus vaste : toute l'île de Laval et quatre secteurs de CLSC à Montréal. Enfin, le service de consultation liaison et sa clinique de psychosomatique ont une vocation suprarégionale qui se superpose à celle de l'Hôpital du Sacré-Cœur.

Contexte antérieur

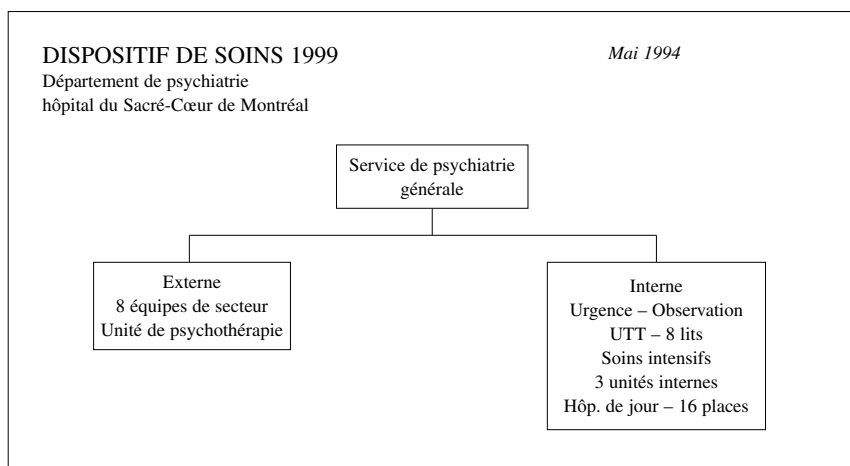
La réorganisation du dispositif de soins s'est adressée aux clientèles adultes.

Avant 1994, les services de psychiatrie générale comprenaient (fig. 2) :

- Le service externe regroupant huit équipes de secteur et l'unité de psychothérapie psychanalytique ;
- Le service interne regroupant l'urgence et 13 civières d'observation, l'unité de traitement transitoire (6 lits, durée moyenne de séjour : 7 jours), les soins intensifs (15 lits) et trois unités internes (81 lits). Un hôpital de jour de 16 places complétait le service.

Cette organisation datait des années 1975 et s'était inspirée en particulier du modèle du D^r Ph. Paumelle du 13^e arrondissement à Paris (France) suivant lequel une équipe multidisciplinaire devait assumer la prise en charge de tous les malades psychiatriques de son secteur géographique.

Figure 2



L'insertion familiale, sociale, vocationnelle devait être conservée ou rétablie par tous les moyens. Le principe de la continuité des soins entre les périodes d'hospitalisation et les suivis externes était essentiel. L'approche se devait d'intégrer médication, psychothérapie et recours aux organismes communautaires de support. Il s'agissait d'un premier effort de « virage ambulatoire » systématisant les services en clinique

externe : huit équipes multidisciplinaires constituées de psychiatres, généralistes, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et infirmières desservant des sous-secteurs géographiques de tailles diverses. Les professionnels étaient attribués aux équipes en fonction du volume du secteur. Le paradigme psychodynamique imprégnait fortement la philosophie de soins. Avec le temps, et l'expansion des neurosciences, les traitements pharmacologiques se sont développés sans toujours parvenir à s'intégrer harmonieusement à la philosophie ambiante.

À la fin des années 1980, des tensions dans ce modèle, vécues par plusieurs cliniciens, ont amené le chef de département, le Dr C. Laurin, à créer un comité d'étude présidé par le précédent chef de département, bien au fait de ces difficultés. Des psychiatres des services adultes ont d'abord exprimé leur malaise, éprouvant de plus en plus un sentiment de lourdeur devant les tâches cliniques à accomplir, de la frustration de ne pouvoir approfondir et mettre en pratique les plus récentes découvertes sur diverses pathologies et leur peu de disponibilité pour se consacrer à la recherche et à l'enseignement. Les infirmières éprouvaient cette même lourdeur. L'urgence débordait souvent, faisant pression sur les unités internes. Enfin, les autres professionnels n'avaient plus souvent l'impression que leurs compétences particulières étaient mises à contribution. Déjà des cliniques dites spécialisées avaient vu le jour (maladies affectives, jeunes schizophrènes) et des modalités spécifiques de traitement étaient regroupées (soins intensifs, module d'intervention de crise, hôpital de jour). Cependant, leur développement entraînait en concurrence pour les effectifs déjà réduits avec les équipes de secteur.

Ce comité d'étude avait donc comme mandat d'évaluer de façon critique, notre mode d'organisation et de proposer des recommandations. Le modèle, à la fine pointe 15 ans plus tôt, avait vieilli, il ne générait plus d'enthousiasme et ne répondait plus aux besoins de nos clientèles. Des problèmes ont été mis en évidence au niveau des soins et services, de l'enseignement et de la recherche.

Au niveau des soins et services

On retrouvait des problèmes d'*accessibilité* : chacune des équipes de secteur procédant aux évaluations initiales et déterminant la durée des prises en charge, d'importantes différences ont émergé entre elles, avec des listes d'attente de durée variable mais toujours trop longues pour les patients et leurs éventuels référents. Certaines équipes avec un trop grand nombre de patients ne parvenaient que difficilement à accueillir des nouveaux cas. L'urgence était souvent débordée et

devenait la principale porte d'entrée dans le système. Ce symptôme en lui-même mettait en évidence des difficultés organisationnelles. Des problèmes de *continuité* des soins entre le service interne et les équipes externes amenaient les patients à attendre trop longtemps entre leur hospitalisation et leur prise en charge externe et à rechuter. La *coordination* entre les diverses composantes était compliquée et entre les équipes à peu près inexistante, ce qui contribuait à l'isolement professionnel à l'intérieur de petits groupes. Cet isolement accroissait les écarts au niveau de la philosophie des soins entre équipes et diminuait la part spécifique de chacune des disciplines représentées. Ces problèmes de *globalité* dégénéraient en conflits à l'intérieur des équipes et entre elles.

Au niveau de l'enseignement et de la recherche

D'autres problèmes furent mis en évidence. L'ensemble des professionnels, psychiatres compris, se trouvaient à accomplir des activités de généralistes surchargés sans que du temps puisse être réservé à des activités précises d'enseignement et de recherche. Enfin, cette surcharge clinique donnait à plusieurs la conviction *que l'écart entre les connaissances et leur actualisation dans leurs modes de pratique* allait en augmentant et ne permettait pas d'offrir les meilleurs traitements. Cette évaluation très critique de notre modèle a amené à proposer une réforme en profondeur du dispositif de soins.

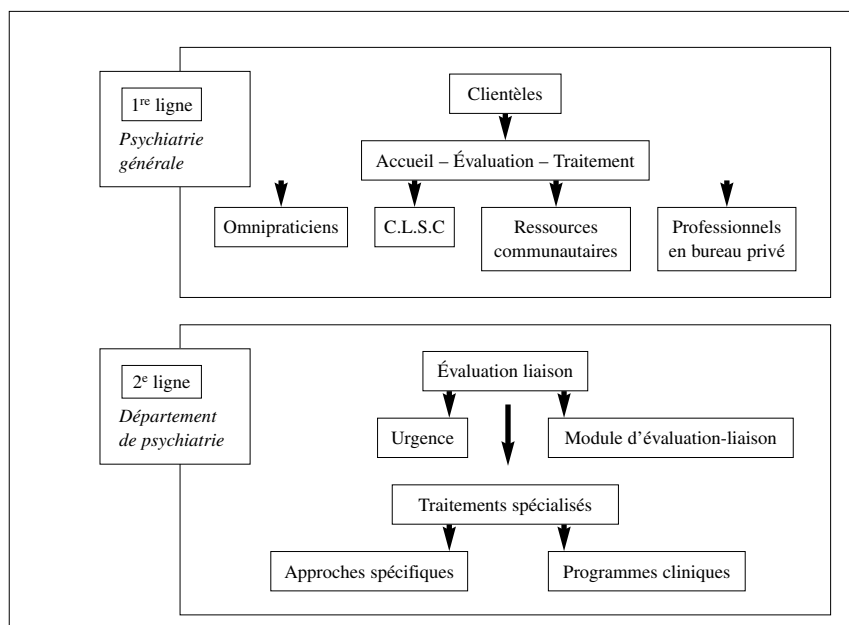
La majorité des psychiatres et de nombreux professionnels soutenant cette réorganisation, et la direction de notre hôpital en étant elle aussi convaincue par le chef de département (d'autant qu'elle ne devait pas augmenter les coûts du système), un comité d'implantation fut créé, présidé par le chef de département et composé de deux psychiatres, de la coordonnatrice des soins infirmiers, d'un représentant des professionnels et de l'adjointe administrative du département.

Présentation du fonctionnement actuel

Que proposait cette réforme en 1991 ? Comment prétendait-elle résoudre ces problèmes ?

Tout en préservant les acquis (approche bio-psycho-sociale, multidisciplinarité, insertion dans la communauté : voir Figure 3), il s'agissait de faire du département de psychiatrie, une véritable organisation de deuxième ligne tout en renforçant son articulation avec les ressources de première ligne. Il s'agissait donc, pour réduire la surcharge du système, d'offrir des services spécialisés et surspécialisés.

Figure 3



Les objectifs étaient d'augmenter :

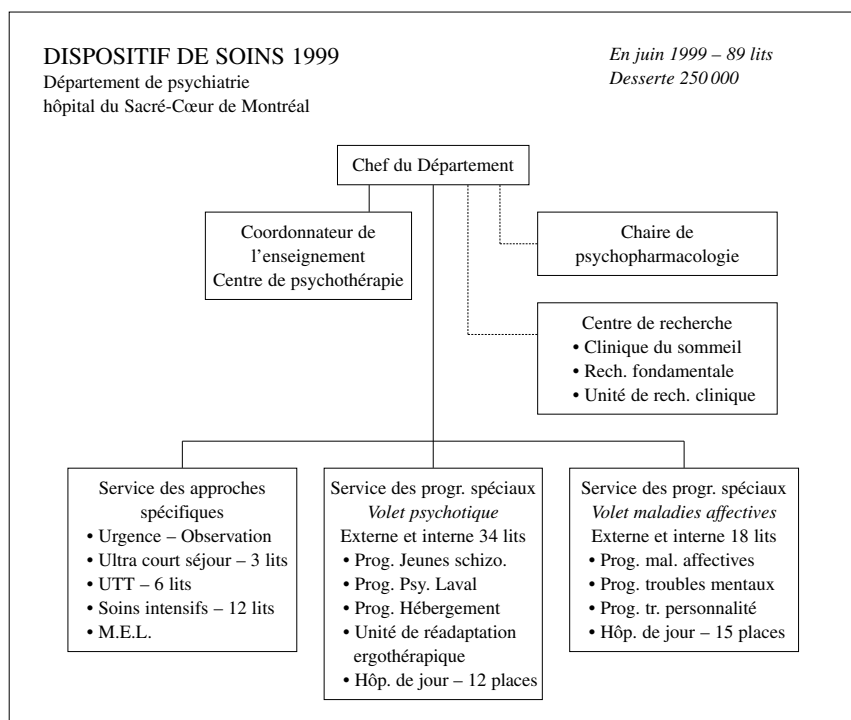
- l'accessibilité à nos services de consultation ;
- la continuité des soins, interne, hôpitaux de jour, externe, urgence ;
- la globalité et la coordination intradépartementale et avec la première ligne ;
- la qualité des soins (évaluation de la pertinence des interventions).

Le tout devait se faire en contrôlant les coûts du système.

Pour atteindre ces objectifs, des transformations structurelles majeures devaient être effectuées (fig. 4).

1) Les portes d'entrée dans le système allaient se limiter à deux : l'Urgence et le Module d'évaluation-liaison (MEL). Le MEL effectuerait toutes les nouvelles consultations sur références médicales suivant des plages horaires prédéterminées. Une équipe de psychiatres y serait assignée suivant une certaine portion de leur temps clinique. L'évaluation psychiatrique suivrait un modèle standardisé avec des recommandations précises, et une copie serait transmise systématiquement au

Figure 4



médecin référant, avec du soutien professionnel, au besoin, pour les patients retournés. Des consultations sur demande pouvaient être faites à divers professionnels. Du personnel clérical et des infirmières assuraient la coordination interne et externe au département, s'assurant que les recommandations de suivi s'effectuent dans les meilleurs délais.

2) L'organisation des suivis dans le département suivrait le modèle du regroupement en programmes clientèles, les programmes spécialisés. On allait y retrouver les programmes suivants : psychotiques de Laval, psychotiques de Montréal, ressources hébergement, jeunes schizophrènes, maladies affectives, troubles anxieux, troubles graves de personnalité.

3) Les volets : interne, hôpitaux de jour, externe dans chaque service seraient intégrés (par exemple, service des maladies affectives : interne M.A., hôpital de jour M.A., externe M.A.).

Le comité d'implantation s'est attelé à la tâche de procéder à l'actualisation de cette réforme. En même temps, une recherche

évaluative sur le niveau de mise en œuvre du nouveau dispositif de soins a débuté, faite par le groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal, pour la période 1992-1996.

Il s'agissait de réassigner l'ensemble du personnel à l'intérieur de nouvelles structures et de transférer les clientèles d'après leur diagnostic dans les prochains programmes d'accueil. Un changement de cette ampleur ne pouvait éviter de provoquer d'importantes résistances, qui se sont cristallisées autour du débat : faut-il ou non conserver un secteur de psychiatrie générale en attendant que les programmes clientèles atteignent leur maturité ?

Les professionnels les moins convaincus de la nécessité d'un changement avaient tendance à préférer le secteur de psychiatrie générale, qui risquait de devenir une forme de fourre-tout de clientèle hétéroclite et rejetée par les programmes. Après beaucoup de discussions, le chef du département a tranché en faveur de programmes spécialisés, élargis afin qu'aucun patient ne se retrouve dans un entre-deux. La question des doubles diagnostics en tenant compte de la « majeure » parmi les problèmes présentés a trouvé une solution assez simple : par exemple, les personnes présentant une maladie affective, une schizophrénie, un trouble anxieux, un trouble de personnalité associés à un trouble d'abus ou de dépendance, sont dirigées vers le programme correspondant où est abordé conjointement la double problématique. Les troubles de personnalité à l'axe II sont orientés vers les programmes correspondant au diagnostic principal, sauf dans le cas où sont prévisibles des complications liées à des troubles de personnalité du sous-ensemble B. Ils sont alors dirigés vers le programme des troubles de personnalité qui traite la majeure en tenant compte des caractéristiques de cette clientèle, entre autres une collaboration difficile au traitement. Notons que les taux de concordance entre les évaluations au MEL et celles des programmes avoisinent 90 % et que les consultations interprogrammes sont recommandées et rapides. En cas de désaccord entre deux programmes, le MEL procède à une troisième révision. Enfin, il a été déterminé que les troubles schizo-affectifs seraient suivis dans le service des psychotiques. *Il n'y aurait plus de psychiatrie générale.* Ces négociations ont retardé l'implantation d'un an.

Le jour « J » est pourtant arrivé : le 19 septembre 1994. Les professionnels, psychiatres inclus, ont changé d'assignation, souvent dans de nouveaux locaux, amenant avec eux leur clientèle, qui serait transférée suivant la liste qu'ils avaient constituée en tenant compte de l'état clinique des patients. Ceux-ci seraient transférés au programme spécialisé, peu à peu, pendant deux ans. Les premiers patients ont été reçus

dans le cadre du MEL. Certains programmes clientèles avaient déjà débuté et avaient pu développer des traitements spécifiques pour les patients qu'ils allaient suivre. Dans d'autres programmes, les membres de la future équipe n'avaient eu que quelques rencontres pour préciser le contenu de leurs nouvelles fonctions. Un climat d'excitation, d'appréhension régnait, certains professionnels étant satisfaits d'avoir obtenu le poste désiré, d'autres moins, ayant eu moins de choix.

Dès les premiers mois, des changements ont émergé :

- Disparition des listes d'attente pour consultation initiale ;
- Accélération du suivi ;
- Désengorgement de l'urgence ;
- Diminution du taux d'occupation des lits ;
- Baisse des durées de séjour.

En septembre 1996, le comité d'implantation ayant terminé ses travaux, on va, tout en veillant au transfert des clientèles, créer un nouveau comité intitulé Perspectives d'avenir. Son mandat est de faire le point sur la réorganisation et de préparer les prochains changements en tenant compte du contexte : directives ministérielles, virage ambulatoire, compressions budgétaires hospitalières. Ce comité a convenu que le redéploiement des ressources se ferait dans la continuité du nouveau dispositif de soins selon les principes et objectifs qui faisaient déjà consensus.

Les nouveaux consensus suivants s'ajoutaient :

- Participer à la transformation du réseau de santé mentale ;
- Accorder une attention prioritaire aux patients qui présentent des troubles graves et persistants.

Des exigences de partenariat et de liaison accrue avec les partenaires de première ligne s'imposaient.

- Pour participer à la *transformation* du réseau de santé mentale, les services aux adultes offraient leur expertise au niveau tant de l'expérience que des connaissances pour améliorer le dépistage de troubles mentaux, et systématiser les approches suivant des critères reconnus d'évaluation de problèmes et de besoins, avec des objectifs dont l'atteinte soit mesurable. Des sessions de formation, du soutien professionnel, de la consultation psychiatrique indirecte seraient offerts.
- Pour accroître la *coordination* dans le réseau, il s'agissait de raffermir et de formaliser nos mécanismes de liaison avant, pendant et après les épisodes de soins spécialisés.

- Pour accorder une *attention prioritaire* aux troubles graves et persistants, il s'agissait d'implanter une unité de réadaptation ergothérapique et, pour les cas les plus difficiles, d'offrir du suivi intensif dans la communauté, en plus des suivis dans les programmes externe, interne et hôpital de jour.

Actuellement, l'articulation avec les CLSC est formalisée. Des programmes de formation sont offerts, et la fonction liaison-coordination assurée en particulier par les infirmières est bien établie. L'unité de réadaptation ergothérapique répond aux consultations du service des psychotiques. Faute de ressources, le suivi intensif n'est pas implanté de façon systématique.

La question des ressources financières allouées par l'hôpital à notre département bloque actuellement certains de nos développements. En effet, depuis quatre ans, nous avons contribué à la réduction budgétaire de notre hôpital en fermant 23 lits et en ne remplaçant pas plusieurs départs assistés à la retraite, sans aucune réallocation. Pourtant, l'urgence ne déborde pas et les durées moyennes de séjour continuent à diminuer.

Les résultats préliminaires de la recherche évaluative connus en juin 1998 sont venus confirmer nos observations à certains niveaux.

Notre organisation est devenue très performante : le volume global des patients suivis a augmenté et les *case loads* se sont alourdis, ce qui n'était pas un but de la réforme puisque l'objectif fondamental était que nos patients reçoivent les meilleurs traitements possibles en augmentant le niveau d'intensité des soins, par une réduction des caseloads.

Par ailleurs, la recherche évaluative constate que la réorganisation structurelle est en grande partie complétée. Le MEL fonctionne sans liste d'attente avec un haut taux mesuré de satisfaction des généralistes référents. Des études de satisfaction des patients sont en cours au service des maladies affectives. Des études de satisfaction des familles seront effectuées au service des psychotiques. De plus, une analyse du fonctionnement d'équipe dans quatre programmes : jeunes schizophrènes, troubles de personnalité, maladies affectives, et psychotiques de Montréal, a été effectuée le printemps dernier par un groupe d'étudiants de l'Administration de la santé de l'Université de Montréal. Ces études remises à chacun de ces programmes et au chef de département mettaient en évidence leur dynamique particulière et les difficultés à résoudre. À la lumière de cette étude s'amorcent d'autres transformations pour resserrer l'intégration des composantes : interne, hôpital de jour et externe du programme des psychotiques de Montréal. Les programmes

clientèles sont de plus en plus homogènes. La liaison interne-externe est de plus en plus efficace sans attente entre les deux. Le volume de clientèle, accru, s'est maintenant stabilisé, les structures d'accueil du réseau s'étant plus tard organisées. Nous sommes donc encore en surcharge clinique, occupés par nos patients et par le soutien à donner au développement de la première ligne.

Si en 1996 les modes de pratique semblaient peu modifiés, on observe aujourd'hui que les «petits» programmes (petites équipes : jeunes schizophrènes, troubles anxieux, troubles de personnalité) ont développé des modalités d'intervention systématiques et spécifiques. Le travail s'y effectue de façon très interdisciplinaire et utilise au maximum les compétences particulières de chacun des professionnels. Chaque patient bénéficie de l'intervention de plusieurs professionnels. La durée des suivis est établie et le psychiatre chef d'équipe coordonne l'ensemble du traitement. Les rôles de chacun sont bien définis. Les «gros» programmes, avec des équipes plus importantes, évoluent moins rapidement (psychotiques de Laval et de Montréal, maladies affectives). C'est le programme des maladies affectives qui a vu la plus grande augmentation de volume de sa clientèle, alors que les deux programmes pour psychotiques chroniques restaient à des volumes stables mais trop importants de clientèle. Cette surcharge clinique comme le retard de la première ligne à s'organiser explique en partie que les changements s'y effectuent plus lentement. Par ailleurs, une recommandation intéressante de la recherche évaluative est de subdiviser ces équipes en plus petites unités (par exemple, unité pour les jeunes bipolaires) afin de regrouper autour d'un chef d'équipe psychiatre un petit nombre de professionnels qui peuvent travailler plus facilement en synergie. La recherche évaluative a d'ailleurs démontré que le volet de la formation professionnelle a été le moins pensé dans la réorganisation, comme si des nouvelles façons de travailler pourraient surgir uniquement de réorganisations structurelles, sans s'adresser aux contenus.

Cependant, depuis cinq ans dans tous les programmes, les traitements sont devenus *plus diversifiés et plus spécifiques*, et les professionnels ont migré avec leurs expertises dans les programmes qui en avaient le plus besoin : travailleurs sociaux et ergothérapeutes dans le service des psychotiques, psychologues plutôt dans le service des maladies affectives où ils se spécialisent en thérapies de groupe, cognitivo-comportementales, psychodynamiques, systémiques, interpersonnelles. Les travailleurs sociaux, en plus d'assurer l'hébergement des patients, interviennent de plus en plus auprès des familles et des services communautaires. L'unité de réadaptation ergothérapique est un saisissant

exemple du dynamisme de ces professionnels. Le personnel infirmier, concentré encore à l'interne, s'occupe de plus en plus à des fonctions de liaison dans tout le dispositif et s'intéresse particulièrement au suivi intensif. Les généralistes, assez également répartis dans le nouveau dispositif, assument aussi une fonction de liaison importante avec les généralistes du secteur. Enfin, les psychiatres, ceux parmi les professionnels qui ont le plus facilement pu être impliqués dans le programme correspondant à leur champ d'intérêt, sont cinq ans après encore passionnés.

Conclusion et perspectives d'avenir

En conclusion, un changement de cette envergure a mobilisé beaucoup d'énergie. Cet exercice a été mené à terme avec une série d'étapes, consultation initiale générale, travaux des différentes disciplines, comité de réflexion, comité de faisabilité, comité d'implantation, comité de réalisation, comité après deux ans d'évolution et encore maintenant, comité de la poursuite de la transformation du dispositif de soins destinés aux adultes et comité de réorganisation des unités internes.

En rétrospective, on constate qu'à l'origine un petit groupe de cliniciens psychiatres et quelques professionnels, inspirés par un besoin de changement et soutenus par un chef de département un peu visionnaire, ont su rendre acceptable au plus grand nombre l'idée d'un changement. Point très important, cette réorganisation n'est pas le fait d'une imposition administrative quelconque. Les difficultés, il y en a eu, bien sûr : penser cette réorganisation en tenant compte de nos forces et de nos faiblesses. La montagne aurait pu accoucher d'une souris.

Les difficultés furent donc :

- Convaincre peu à peu une majorité de cliniciens, aller au-delà du réflexe protectionniste des divers professionnels impliqués ;
- Amener leur participation, leur investissement, leur collaboration ;
- Actualiser le projet (trop de bons projets restent sur des tablettes), en monitorant constamment le processus pour qu'il ne dérape pas ;
- S'impatier de certaines lenteurs ;
- Se surprendre d'accélération inattendues ;
- Se battre contre des compressions budgétaires imprévues ;
- S'ajuster aux directives ministérielles, à celles des régions régionales ;

- Et se rendre compte que d'une certaine façon, ce ne sera jamais fini, tel est l'avenir.

Comme il a été déjà souligné, une *absence de stratégie de formation* professionnelle minutieusement élaborée a ralenti les changements escomptés quant aux modes de pratique. Des cliniciens se sont retrouvés plongés dans un nouveau contexte sans préparation suffisante. Un peu d'anxiété favorise l'apprentissage, trop l'inhibe. Des sessions de formation sont prévues pour les changements à venir : utilisation des plans d'interventions interdisciplinaires, pratique du suivi intensif, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies interpersonnelles.

De plus, l'expérience a démontré que *l'information* ne circule jamais assez pour discussion, élaboration et suggestion, ce qui provoque des résistances liées à une appropriation incomplète des projets par certains groupes. Des débuts de solution émergent, tout comme une participation accrue des responsables de professionnels au comité de gestion, et des comités ad hoc, composés uniquement de cliniciens sans tâches administratives qui sont en mesure d'apporter des solutions qu'ils sauront appliquer.

L'avenir, c'est que le système continue d'évoluer et qu'il puisse continuer à intégrer les nouvelles connaissances et à s'adapter aux besoins de nos patients, d'abord et avant tout. Les changements structurels doivent favoriser le changement des mentalités tels qu'ils se manifestent dans les modes de pratiques : moins de prises en charge d'allure parfois totalitaire et déresponsabilisante, plus de suivis d'accompagnement au travers des phases de la maladie, suivis d'intensité appropriée et variable selon les besoins, moments après moments, de chaque personne. Les changements structurels ne sont pas une fin en soi, ils peuvent permettre et stimuler nos réflexions et, en nous « déstabilisant », nous faire voir les choses autrement. Actuellement, la transformation se poursuit en voulant s'adresser à nos façons de penser la psychiatrie, la santé mentale, et d'y innover.

La recherche clinique commence à prendre son essor, recherche traditionnelle mais aussi recherche évaluative sur un peu tout ce que nous faisons : gestion, psychothérapies, enseignement. En objectivant ce que nous faisons vraiment, l'amélioration devient possible offrant à chacun une rétroaction pas toujours agréable mais toujours utile. Les psychiatres changent, les professionnels aussi, et ils peuvent ainsi mieux préparer nos étudiants à faire face à leur avenir, qui sera changement. C'est ainsi que nous pensons répondre à notre triple vocation de soins et services, d'enseignement et de recherche.

Ce système est-il meilleur qu'un autre ? Nous ne le savons pas mais pour nous, il est meilleur que l'ancien. Pour l'ensemble des membres de notre département, il est actuellement le meilleur puisqu'il est à notre image et qu'ensemble nous avons survécu à cette transformation qui a stimulé notre dynamisme et nos facultés d'adaptation.

Avec la recherche évaluative qui a débuté avec la réorganisation, nous avons appris à mesurer pas à pas nos résultats. Cette méthodologie finit par faire partie de nos habitudes. Les résultats parlent, parfois décevants, parfois stimulants. Mais il semble bien que nous allons, non sans détours, là où nous voulions aller : offrir les meilleurs soins possibles à nos patients, les meilleurs services à nos étudiants et favoriser la recherche sous toutes ses formes.

RÉFÉRENCES

- AMYOT, A., LEDUC, M., PAYETTE, P., DUCHESNE, F., DUPUIS, L., DESJARDINS, J.-J., LAFRANCE, M., 1975, *Document de travail concernant la politique de soins et le fonctionnement des équipes de secteur*, Pavillon Albert-Prévost, Montréal.
- ANTHONY, W. A., 1979, *The Principal of Psychiatric Rehabilitation*, Baltimore.
- ANTHONY, W. A. et al., 1990, *Psychiatric Rehabilitation*, Boston.
- BLOUIN, D^r G., 1992, *Avant-projet d'une clinique pour personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants vivant dans des ressources d'hébergement à long terme*, Travail présenté en novembre 1992.
- CHARLES, M., ALLAIRE, D., LE PHILIPPE, C., *Pratique de l'hospitalisation à domicile, Soins psychiatrie*, 175/176.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, 1997, *Rapport du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale*, Octobre 1997.
- COMPTE RENDU DU GROUPE DE TRAVAIL, *Maladies affectives*, Comité ad hoc présidé par le Dr G. AIRD.
- COMPTE RENDU DU GROUPE DE TRAVAIL, *Troubles psychotiques*, Comité ad hoc présidé par le Dr J.-P. MOTTARD.
- DE CANGAS, J. P. C., 1994, L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) : au-delà du « Case Management » et de la réhabilitation psychosociale, *Santé mentale au Québec*, XIX, 1, 49-75.
- FARAND, L., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J.-L., AMYOT, A., 1999, *Évaluation de la réforme du dispositif de soins au Pavillon*

- Albert-Prévoist, *Rapport technique*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- FARQUAR, D^F J., 1995, *Faire sortir les malades mentaux difficiles de l'hôpital : Des économies importantes et une meilleure satisfaction : vingt ans d'expérience américaine : implications possibles pour Montréal*, Septembre.
- FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, 1996, *Virage ambulatoire et santé mentale*, Volet 4, mars.
- GOODWIN, F. F., JAMISON, K. R., 1990, *Manic-Depressive Illness*, Oxford University Press, New York.
- HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL, 1995, *Rapport du comité ad hoc sur d'autres modes de prestation de soins*, Service de liaison communautaire, Mai.
- HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE, 1997, *Rapport du groupe de travail portant sur l'organisation des services en psychiatrie (plan de transformation)*, présenté à M. Albert Painchaud, directeur général par intérim, Janvier.
- KELLER, M. B. *et al.*, 1986, The persistent risk of chronicity in recurrent episode, *American Journal of Psychiatry*, 143, 1.
- KILHOFNER, G., 1985, *Model of Human Occupation, Theory and Application*, Baltimore.
- LEBLANC, J., ACKAD, R., AMYOT, A., BLOUIN, G., DUMONT, D., LAURIN, C., 1991, *Rapport du comité « dispositif de soins »*, Pavillon Albert-Prévoist, Montréal.
- LIBERMAN, R. P., 1992, *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, New York.
- LUNDH, K., L'hospitalisation à domicile en psychiatrie, *Soins psychiatrie*, 175/176.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1997, *Orientation pour la transformation des services de santé mentale*, Avril.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Décembre.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1996, *La transformation des services de santé mentale : orientation 2002*, Novembre.
- NIZARD, M., MESSENGER, A., M., MARAIS, J. C., Intérêt clinique de l'hospitalisation à domicile, *Soins psychiatrie*, 175/176.

- QUINLIVAN, R., CROWELL, A., BEACH, C., HOFSTETTER, R., KENWORTHY, K., 1995, Services Utilisation and Costs of Care for Severely Mentally Ill Clients in an Intensive Case Management Program, *Psychiatric Services*.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998, *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, Le défi de l'accès*, Montréal-Centre, Juin.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1996, *Les services de base et de promotion/prévention en santé mentale en CLSC pour la clientèle adulte*, Montréal-Centre, 7 juin 1996.
- REGROUPEMENT DES CLSC DE LA RÉGION DE MONTRÉAL, 1996, *Mandat des CLSC de la région de Montréal dans le cadre de leur mission de première ligne en santé mentale*, « position », Juin.
- SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC, 1996, *Le dossier virage ambulatoire*, XXI, I, 47-52.
- VILLENEUVE, M., 1997, *Rapport d'étape et perspectives, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux: « L'atteinte d'un nouvel équilibre »*, Montréal-Centre, 29 janvier 1997.

ABSTRACT

The new plan of care destined to adults at the Pavillon Albert-Prévost

The new plan of care destined to adults at the Pavillon Albert-Prévost is described in this article and then compared to the one existing before September 1994. This reorganization aimed at finding solutions to problems existing in the old program. The different steps of the reorganization are exposed as well as certain results. After five years, the reform continues, taking into account data provided by a research group from the Université de Montréal (GRIS) (Farand *et al.*, 1999).

RESUMEN

El nuevo dispositivo de cuidados para adultos del Pabellón Albert-Prévost

El nuevo dispositivo de cuidados destinado a los adultos del Pabellón Albert-Prévost es descrito comparándolo con el dispositivo existente antes de septiembre 1994. Esta reorganización pretendía encontrar las soluciones a los problemas encontrados en el dispositivo anterior. Son expuestas las etapas de esta reorganización así que algunos de los resultados obtenidos. Cinco años después, la reforma continua teniendo en cuenta los resultados arrojados por la investigación evaluativa del GRIS (Farand y al, 1999)